



**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

Baden Regio

"Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2030"

Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit

13. September 2022

Agenda

1. Warum braucht es die neue GGpl 2030?
2. Megatrends
3. Strategien der GGpl 2030
4. Auswahl wesentlicher Strategien für die Gemeinden und Regionen
5. Herausforderungen für die Gemeinden und Regionen
6. Ausblick

1. Warum braucht es die neue GGpl 2030?

1. Warum braucht es die neue GGpl 2030?

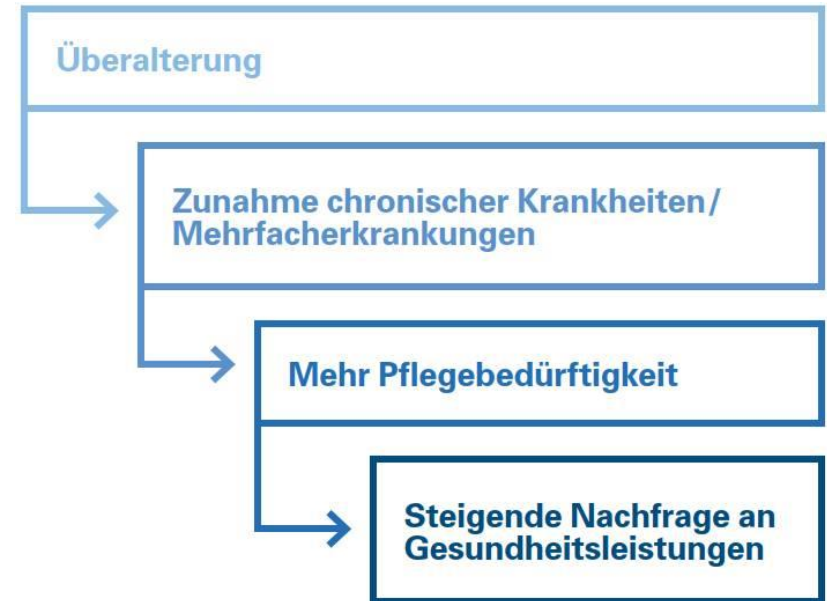
- > Der Grosse Rat hat die heute gültige GGpl 2010 am 26. Oktober 2010 genehmigt.
- > Das Gesundheitswesen hat sich seither stark verändert.
- > Dringliche Motion der Kommission für Gesundheit und Sozialwesen betreffend zeitnahe Erstellung einer neuen GGpl.
- > Anstehende Gesetzgebungsprojekte auf Kantonsebene:
 - > Revisionen Spitalgesetz (SpiG)
 - > Revision Pflegegesetz (PflG)
 - > Revision Gesundheitsgesetz (GesG)
 - > Revision Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG)

2. Megatrends

2. Megatrends

Megatrends

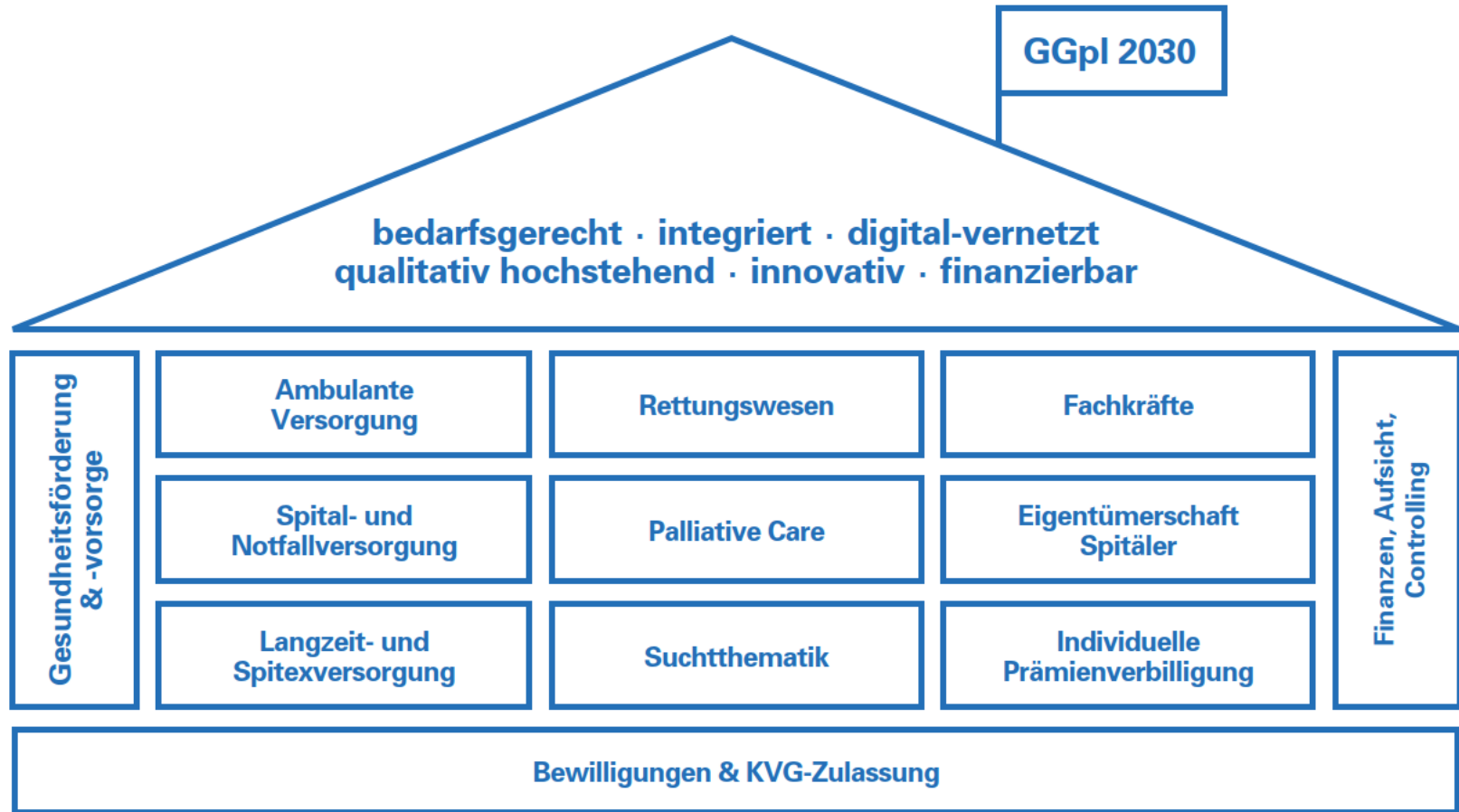
- > **Demographische Entwicklung**
- > **Höhere Mobilität**
- > **Fachpersonal**
- > **Digitalisierung**
- > **Volkswirtschaftliche Bedeutung**
- > Neues Gesundheitsverständnis
- > Medizinisch-technischer Fortschritt
- > Steigendes Gesundheitsbewusstsein
- > Zunehmende Fragmentierung der Versorgung



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales,
eigene Darstellung, 2022

3. Strategien der GGpl 2030

3. Strategien der GGpl 2030



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales,
eigene Darstellung, 2022

4. Auswahl wesentlicher Strategien für die Gemeinden und Regionen

- > Integrierte Versorgung
- > Spitalversorgung akut
- > Hausarzt- und Notfallversorgung
- > **Langzeit- und Spitexversorgung**
- > **Fachkräfte**

4.1 Integrierte Versorgung

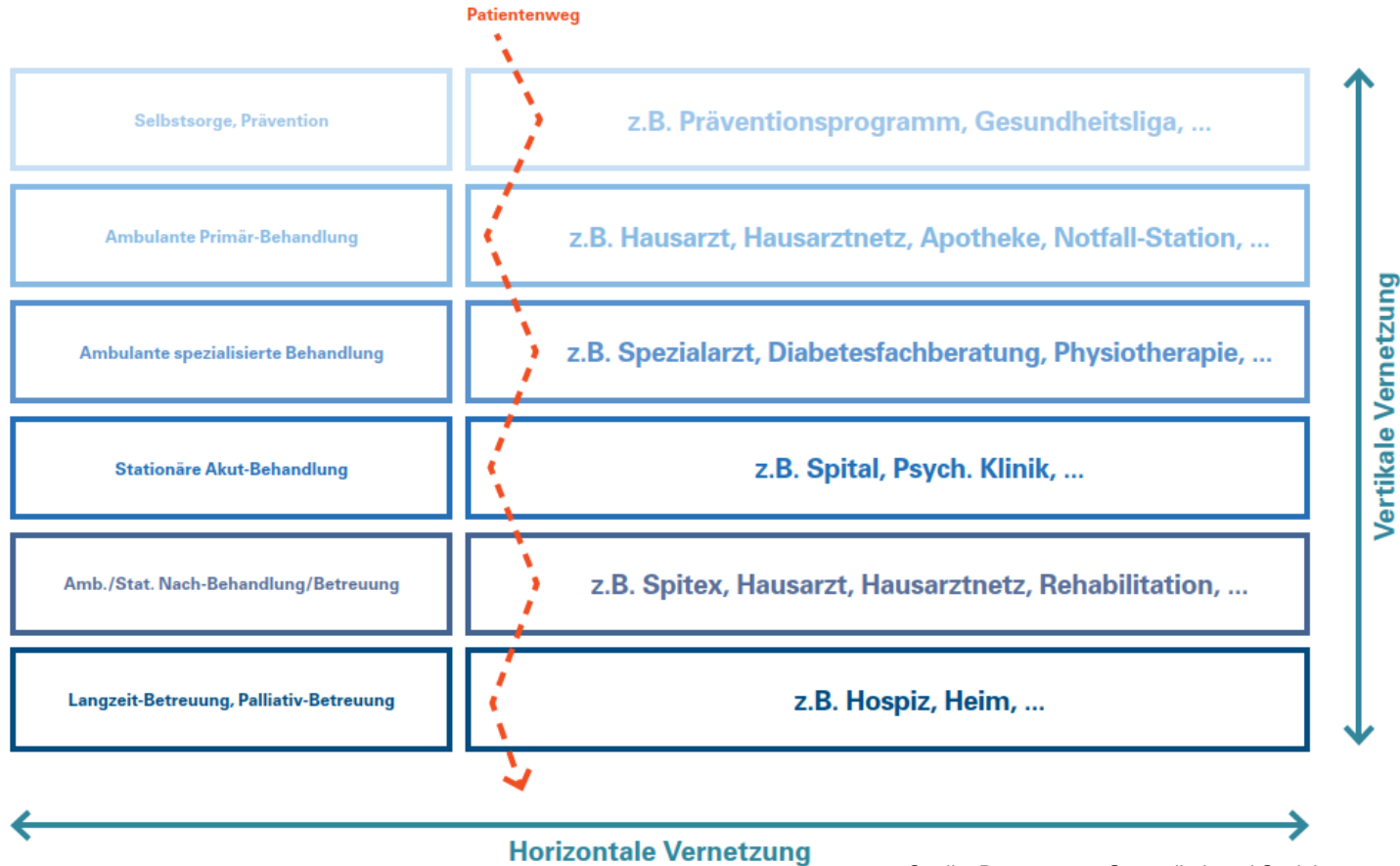
4.1 Integrierte Versorgung

Die **Vernetzung der Leistungserbringer** und die Förderung der Durchgängigkeit im Behandlungsprozess werden angesichts

- der Leistungsfragmentierung,
- der steigenden Kosten,
- der Überalterung der Bevölkerung oder
- der Zunahme chronischer und Mehrfacherkrankungen

immer bedeutender.

4.1 Integrierte Versorgung



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, 2022

4.1 Integrierte Versorgung

1. Der Kanton schafft **förderliche Rahmenbedingungen** für integrierte Versorgungs- und Kooperationsmodelle innerhalb von Versorgungsregionen.
2. Sektorenübergreifende Versorgungs- und Kooperationsmodelle, die auf Interprofessionalität basieren, stellen über die ganze Behandlungskette hinweg eine patientenorientierte Versorgung sicher, bei der der **Mensch im Mittelpunkt** steht.
3. Die **Alters- und Pflegeversorgung** erfolgt interdisziplinär und vernetzt innerhalb von Versorgungsregionen.
4. Durch ein gezieltes **Case- und Austrittsmanagement** ist die Nachversorgung nach einem Spitalaufenthalt sichergestellt.
5. **Finanzielle Fehlanreize und regulatorische Hürden**, die integrierten, durchgängigen Behandlungsprozessen im Wege stehen, werden reduziert.

4.2 Spitalversorgung akut

4.2 Spitalversorgung akut

Ziel:

- > Breites, interdisziplinäres Leistungsangebot: Regionalspitalzentren
- > Komplex-spezialisierte Fälle: Zentrumsspitäler
- > HSM-Leistungen (hoch-spezialisierte Medizin): Nur an Zentrumsspitalern
- > Mengenkritische HSM-Leistungen: Nur ein Standort



Quelle: Abteilung Gesundheit (2020)

	Spital	Anteil (%) 2019
1	Kantonsspital Aarau	25,5
2	Kantonsspital Baden	19,4
3	Hirslanden Klinik Aarau	8,4
4	Spital Muri	7,0
5	Gesundheitszentrum Fricktal (Rheinfelden und Laufenburg)	6,6
6	Spital Zofingen	4,0
7	Asana Spital Leuggern	3,6
8	Asana Spital Menziken	2,9
9	Universitätsspital Basel	2,0
10	Universitätsspital Zürich	2,0
11	Spital Limmattal (Schlieren)	1,5
12	Luzerner Kantonsspital	1,3
13	Solothurner Spitäler	1,2
14	Kantonsspital Baselland (Liestal)	1,0
15	Klinik Hirslanden Zürich	1,0

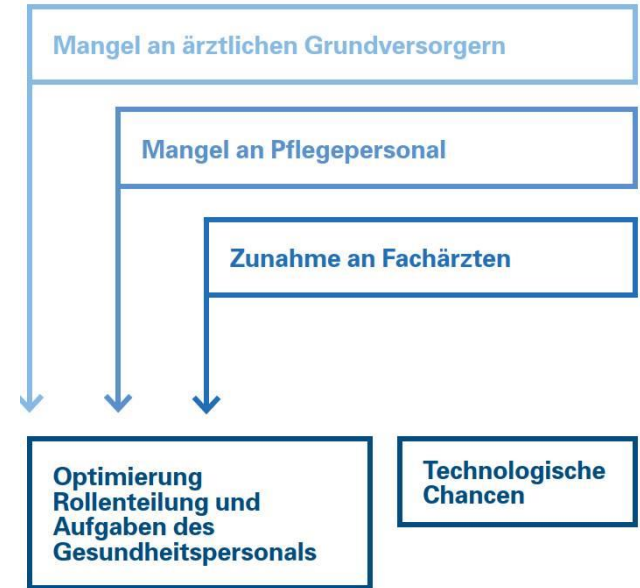
4.3 Hausarzt- & Notfallversorgung

4.3 Hausarzt- & Notfallversorgung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Altersstruktur der Hausärzte zeigt sich im Kanton Aargau ein Versorgungsengpass. Die Versorgungsdichte ist im Kanton Aargau im gesamtschweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich.

Strategien:

- > Akutsomatische Spitäler führen den Notfallstationen vorgelagerte Notfallzentren und übernehmen hausärztliche Aufgaben.
- > Die Notfallzentren stellen in Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft und weiteren Dritten den ärztlichen Notfalldienst sicher.



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, 2022

4.4 Langzeit- und Spitexversorgung

4.4.1 Ausgangslage – Leistungserbringer

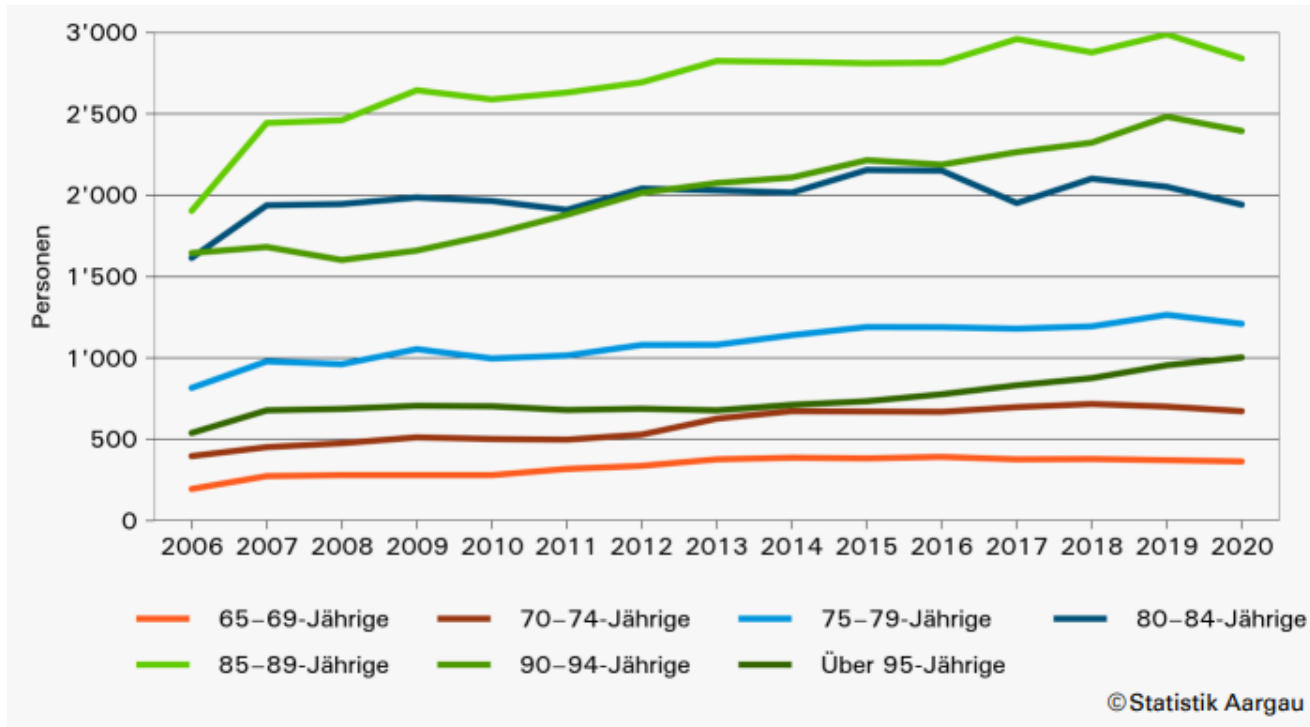
	Pflegeheime	Spitalexterne Hilfe und Pflege (Spitex)	Total
Anzahl Leistungserbringer	100	165 49 gemeinnützig 42 privat 74 selbstständig	265
Anzahl Klienten	6'770	28'846	35'616
Anzahl Mitarbeitende	9'073 (VZÄ)	3'645	
Verrechnete Pfl egetage	2'307'000		
Verrechnete Stunden		1'588'235	
Betriebskosten in Fr.	692'800'000	155'700'000	848'500'000

Quelle: Statistik Aargau, Betriebsjahr 2020

4.4.1 Ausgangslage – Aufgabenverteilung Pflegeheime

- > Die **Gemeinden** sind zuständig für die **Planung und Sicherstellung** eines bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden ambulanten und stationären Langzeitpflege-Angebots.
- > Die **Gemeinden** gehören zwecks Angebotsplanung und Bedarfsberechnung einer **Regionalplanungsgruppe** an und schliessen Leistungsvereinbarungen für die Pflege und Hilfe zu Hause ab.
- > Der **Kanton** ist zuständig für die **Pflegeheimliste**, Bestimmung des **kantonalen Richtwerts**, Leistungsvereinbarungen für **spezialisierte stationäre Angebote**, Festlegung der **Normkosten** (stationäre Leistungserbringer und private Spitex) und die kantonale **Clearingstelle**.

4.4.1 Ausgangslage - Personen ab 65 Jahren in Pflegeheimen



4.4.1 Ausgangslage – Finanzierung Pflegeheim



KANTON AARGAU

ANHANG 2¹

301.215

Kantonale Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen mit dem Angebot Tages- oder Nachtstrukturen

Gültig ab 1. Januar 2022

Pflegebedarfsstufe	Zeitwert (Minuten)	Versicherer gem. Art. 7a Abs. 3 KLV (in Franken)	Bewohner (in Franken)	Restkosten Gemeinde (in Franken)	Preis pro Stufe* (in Franken)
1-a	bis 20	9.60	1.80	0.00	11.40
2-b	21-40	19.20	15.10	0.00	34.30
3-c	41-60	28.80	23.00	5.30	57.10
4-d	61-80	38.40	23.00	18.50	79.90
5-e	81-100	48.00	23.00	31.80	102.80
6-f	101-120	57.60	23.00	45.00	125.60
7-g	121-140	67.20	23.00	58.20	148.40
8-h	141-160	76.80	23.00	71.50	171.30
9-i	161-180	86.40	23.00	84.70	194.10
10-j	181-200	96.00	23.00	97.90	216.90
11-k	201-220	105.60	23.00	111.20	239.80
12-l-a	221-240	115.20	23.00	124.40	262.60
12-l-b (121) BESA	241-260	115.20	23.00	147.20	285.40
12-l-b (122) BESA	261-280	115.20	23.00	170.10	308.30
12-l-b (123) BESA	281-300	115.20	23.00	192.90	331.10
12-l-b (124) BESA	301-320	115.20	23.00	215.70	353.90
12-l-b (125) BESA	ab 321	115.20	23.00	nach Aufwand	**
12-l-b (126) RAI / RMC	251	115.20	23.00	148.40	286.60
12-l-b (128) RAI / SE3	301	115.20	23.00	205.40	343.60

* Stundensatz von Fr. 68.50

** Der Preis pro Stufe ergibt sich aus dem ermittelten Pflegebedarf und dem Stundensatz von Fr. 68.50

¹ Anhang 2 zur Pflegeverordnung (PflV) vom 21. November 2012 (SAR [301.215](#))

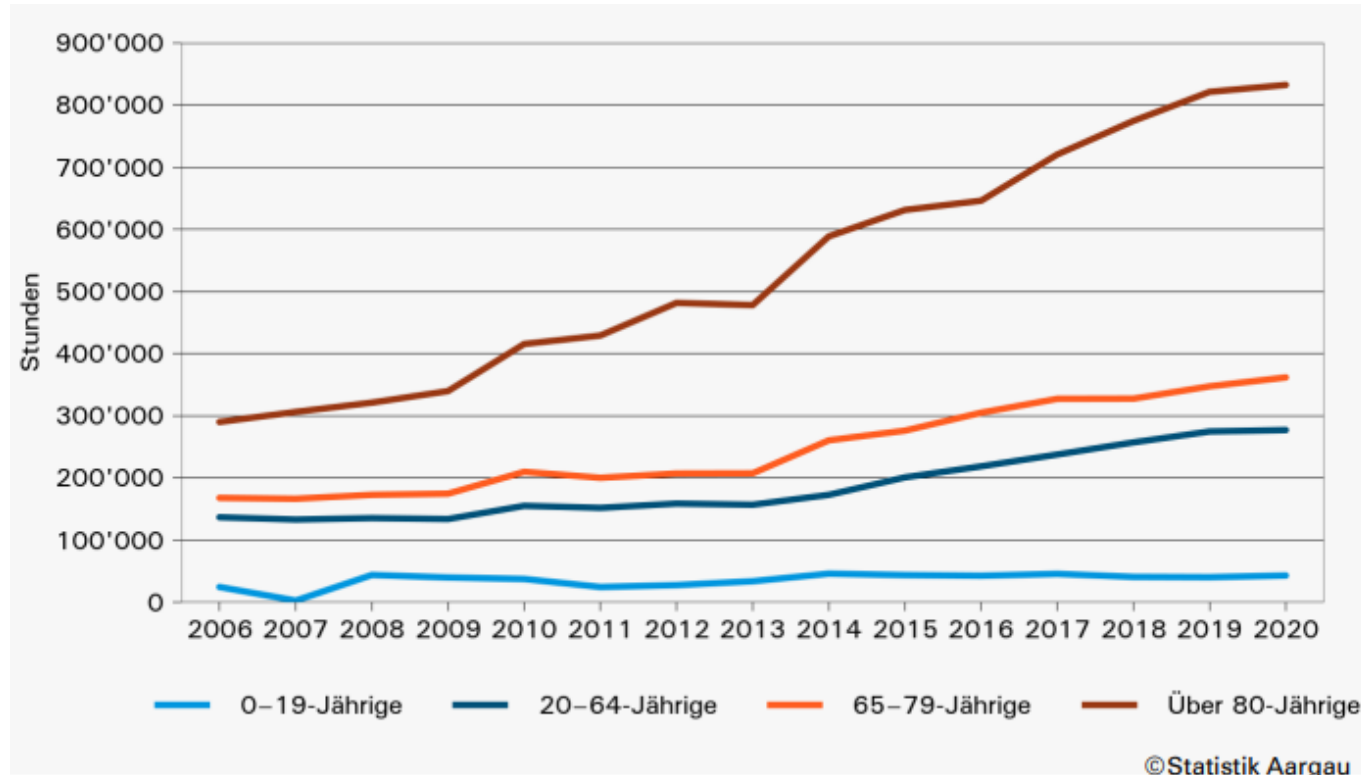
Zuständig für die Übernahme der Restkosten ist diejenige Gemeinde, in der Klient vor dem Eintritt in die Pflegeeinrichtung Wohnsitz hatte.

4.4.1 Ausgangslage – Aufgabenverteilung in der Spitexversorgung

- > Zur Sicherstellung des Mindestangebots für die Pflege zu Hause schliessen die Gemeinden mit geeigneten Spitex-Organisationen oder selbständigen Pflegefachpersonen **Leistungsvereinbarungen** ab.
- > Die Leistungsvereinbarungen beinhalten den **Tarif für die Restkosten** sowie den Umfang und die Abgeltung der **gemeinwirtschaftlichen Leistungen**.
- > An die Restkosten eines **Leistungserbringers ohne Leistungsvereinbarung** leistet die Gemeinde einen Pauschalbetrag (**Normkostenprinzip** – Normkosten orientieren sich an den Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung).
- > **Empfohlene Restkosten** für spezialisierte Palliativ Care Fr. 148.25 und für Kinderspitex Fr. 123.00.

4.4.1 Ausgangslage – Gestiegener Bedarf an Spitex-Leistungen

Verrechnete Stunden für pflegerische und hauswirtschaftliche Spitex-Leistungen



4.4.1 Ausgangslage Ambulante Finanzierung ohne Leistungsvereinbarung

Tarife der drei Leistungserbringer-Gruppen ohne Leistungsvereinbarung

Kantonale Tarifordnung für Leistungserbringer der Pflege zu Hause ohne Leistungsvereinbarung mit Gemeinde (gültig ab 1. Januar 2022)

Dezentrale Leistungserbringung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Leistungsart gemäss KLV	Normkosten / Stunden in Franken ¹	Versichererbeitrag / Stunden in Franken	Differenz ^{2,3}
Art. 7 Abs. 2 lit. a	105.10	76.90	28.20
Art. 7 Abs. 2 lit. b	96.70	63.00	33.70
Art. 7 Abs. 2 lit. c	84.60	52.60	32.00

Räumlich begrenzte Leistungserbringung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Leistungsart gemäss KLV	Normkosten / Stunden in Franken ¹	Versichererbeitrag / Stunden in Franken	Differenz ^{2,3}
Art. 7 Abs. 2 lit. a	103.10	76.90	26.20
Art. 7 Abs. 2 lit. b	90.50	63.00	27.50
Art. 7 Abs. 2 lit. c	82.30	52.60	29.70

Leistungserbringung durch selbständig tätige Pflegefachpersonen

Leistungsart gemäss KLV	Normkosten / Stunden in Franken ¹	Versichererbeitrag / Stunden in Franken	Differenz ^{2,3}
Art. 7 Abs. 2 lit. a	106.00	76.90	29.10
Art. 7 Abs. 2 lit. b	100.10	63.00	37.10
Art. 7 Abs. 2 lit. c	96.80	52.60	44.20

4.4.1 Ausgangslage – Gemeinwirtschaftliche Leistungen

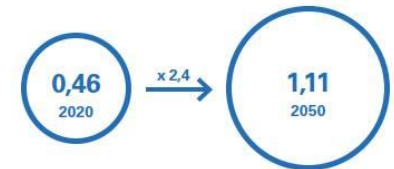
- > Unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen gemäss § 12b Abs. 2 PflG sind diejenigen Leistungen zu verstehen, die bei der Sicherstellung des Mindestangebots zusätzlich anfallen. Es sind dies **insbesondere**
 - a) Aufnahmepflicht,
 - b) Sicherstellung einer bedarfsgerechten Koordination, wie zum Beispiel fallbezogene Koordination mit anderen involvierten Leistungserbringern oder Vermittlung von Leistungen, die nicht selber erbracht werden können,
 - c) Sicherstellung der Kontinuität der Pflegeleistungen nach Entlassung aus einer stationären Einrichtung.

4.4.2 GGpl 2030 – Versorgungsregionen

Ziel: Versorgungsregionen garantieren den Menschen im entsprechenden Einzugsgebiet qualifizierte Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote – unter Einbezug von Freiwilligen und Angehörigen.

Strategien:

1. Die Gemeinden bilden für die Menschen im entsprechenden Einzugsgebiet **Versorgungsregionen** zur Sicherstellung einer sachgerechten Beratung und Betreuung sowie einer wirtschaftlichen Langzeit- und Spitexversorgung. Der Kanton schafft die notwendigen Rahmenbedingungen, die modulare und flexible Lösungen und ein menschenzentriertes Gesamtsystem ermöglichen.
2. Die **Freiwilligenarbeit** wird anerkannt und gefördert. In Zusammenarbeit mit den Gemeinden werden die nötigen finanziellen und organisatorischen Anreize durch den Kanton geschaffen.
3. Für **pflegende Angehörige** ist für die Grundpflege eine Anstellung bei einer Spitex-Organisation möglich.



Die Zahl der Seniorinnen und Senioren ab 80 Jahren wird sich mehr als verdoppeln

4.4.2 GGpl 2030 – Förderung ambulanter Strukturen

Ziel: Der Kanton sorgt dafür, dass selbstbestimmtes Wohnen umgesetzt wird und pflegebedürftige Personen möglichst lange zu Hause bleiben und nach einem Spitalaufenthalt früh wieder nach Hause zurückkehren können.

Strategien:

1. Die **Akut- und Übergangspflege** wird durch eine zusätzliche kantonale Anschlusslösung von zwei auf vier Wochen verlängert.
2. Der Kanton schafft den rechtlichen Rahmen, damit **pflegebedürftige Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen** möglichst selbstbestimmt leben können.
3. Der Kanton schafft den rechtlichen Rahmen, um das **betreute Wohnen** zu fördern.

4.4.2 GGpl 2030 – Rollenverteilung Kanton und Gemeinden hinsichtlich Planung und Finanzierung

Ziel: Die bisherige Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden bleibt bestehen. Die Gemeinden nehmen eine aktive Rolle bei der Tarifgestaltung ein.

Strategien:

1. Die Gemeinden koordinieren innerhalb ihrer Versorgungsregion gemäss den übergeordneten kantonalen Vorgaben die einzelnen Leistungserbringer der Langzeit- und Spitexversorgung. Dazu schliessen sie mit **geeigneten Leistungserbringern Vereinbarungen** ab.
2. Die vom Kanton berechneten **Pflegenormkosten** für die Grund- und Spezialversorgung kommen im Sinne eines Maximalwerts zur Anwendung, wenn ein Leistungserbringer der Langzeit- und Spitexversorgung über keine Leistungsvereinbarung mit der zuständigen Gemeinde verfügt.

4.4.2 GGpl 2030 – Rollenverteilung Kanton und Gemeinden hinsichtlich Planung und Finanzierung

Strategien:

3. Für die Zuteilung des zu sichernden stationären Angebots führt der Kanton eine in Grund- und Spezialversorgung (Gerontopsychiatrie, Palliative Care, Schwerstpflege und auch die Pflege von Menschen mit psychischer, physischer oder geistiger Beeinträchtigung) aufgeteilte Pflegeheimliste. Für die Aufnahme auf der **Pflegeheimliste** wird ein effektives und kompetitives Bewerbungsverfahren durchgeführt.
4. Für die Vergabe von Leistungsaufträgen für die Pflege und Hilfe zu Hause führen die Gemeinden ein **Submissionsverfahren** durch.
5. Die **Pflegenormkosten** dürfen höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Der Effizienzmassstab wird im Gesetz vorgegeben.

4.4.2 GGpl 2030 - Beratungs- und Vermittlungsstellen

Ziel: Der niederschwellige Zugang zu Beratungs- und Vermittlungsstellen bei Fragen rund um die Betreuung und Versorgung ist sichergestellt.

Strategien:

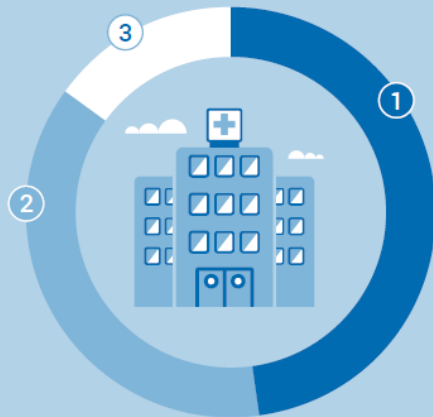
1. **Kostenlose regionale Beratungsstellen** nehmen innerhalb einer Versorgungsregion eine Triage- und Vermittlungsfunktion zu Angeboten und Leistungen im Versorgungs- und Betreuungsbereich wahr.
2. Eine **Anlauf- und Vermittlungsstelle** kommt bei Differenzen zwischen Leistungsbezügerinnen und -bezüger und Leistungserbringern zur Behandlung oder Rechnungsstellung zum Einsatz. Die Aufgabe kann im Rahmen einer Leistungsvereinbarung einer privaten Organisation übertragen werden.
3. Ein **unabhängiges telefonisches Beratungsangebot** für medizinische Auskünfte wird durch den Kanton in Zusammenarbeit mit Dritten sichergestellt.

4.5 Fachkräfte

4.5.1 Personalbestand Pflege- und Betreuung im Kanton Aargau

Fokus 2019

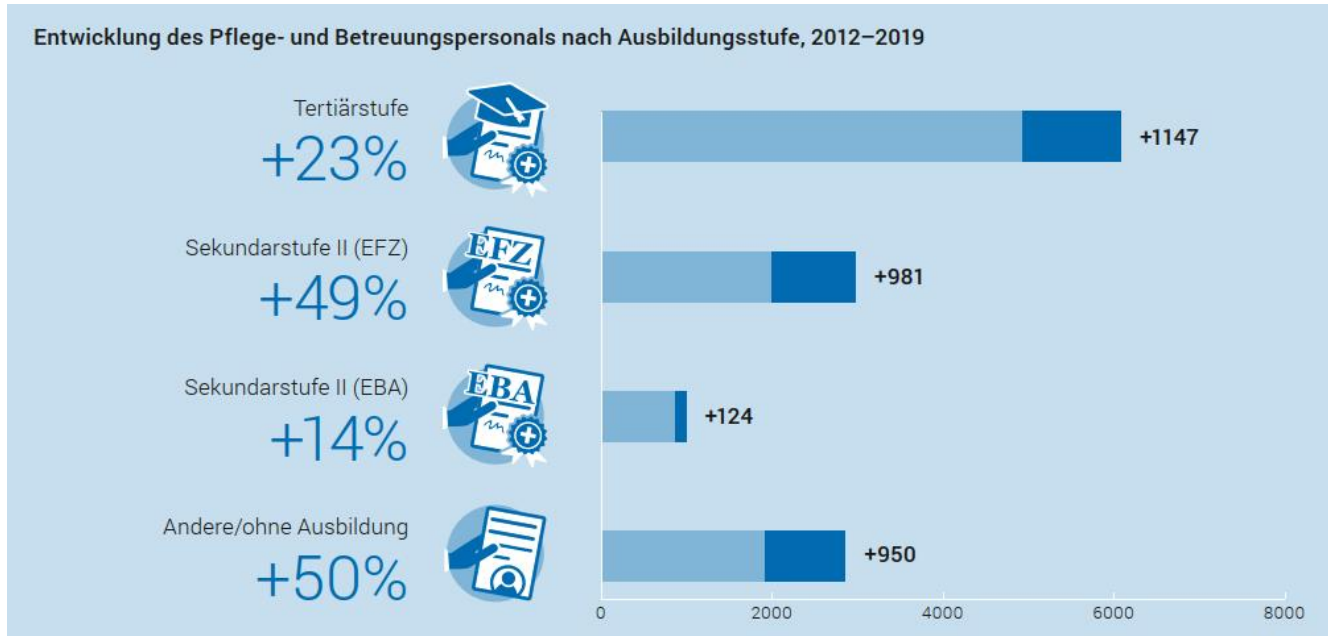
Verteilung nach Gesundheitsinstitution



1	Spitäler:	6'162 Beschäftigte	48%	(CH: 45%)
2	PH:	4'737 Beschäftigte	37%	(CH: 39%)
3	Spitex:	1'971 Beschäftigte	15%	(CH: 17%)

Quelle: Obsan 2022

4.5.1 Personalentwicklung Pflege- und Betreuung im Kanton Aargau 2012 - 2019

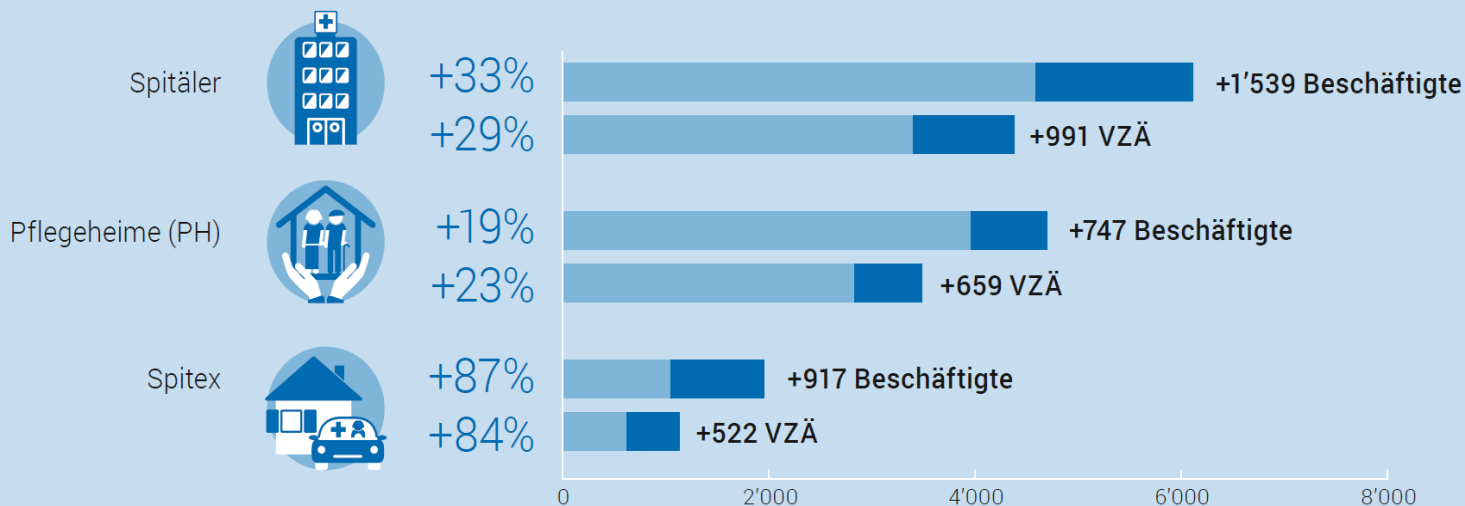


Quelle: Obsan 2022

Seit 2012 ist der Personalbestand um +33 % angestiegen.

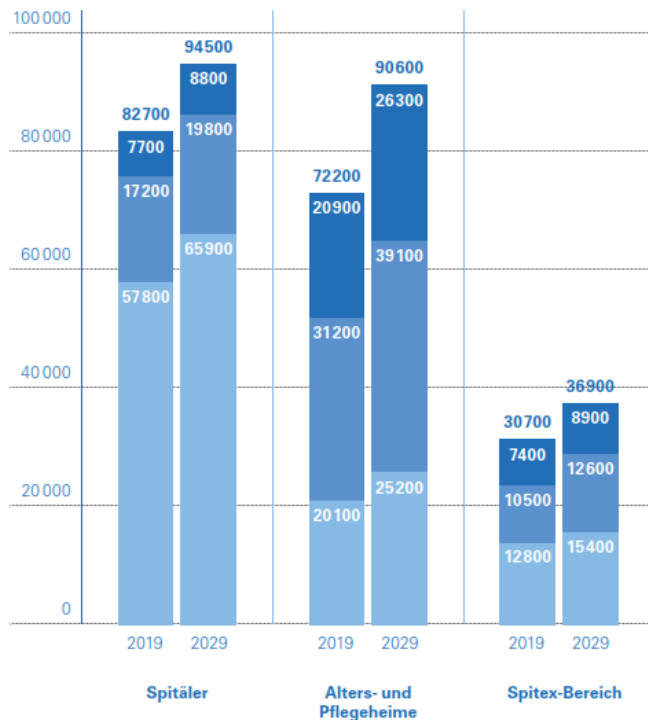
4.5.1 Personalentwicklung Pflege- und Betreuung im Kanton Aargau 2012 - 2019

Entwicklung des Pflege- und Betreuungspersonals nach Gesundheitsinstitution, 2012–2019



Quelle: Obsan 2022

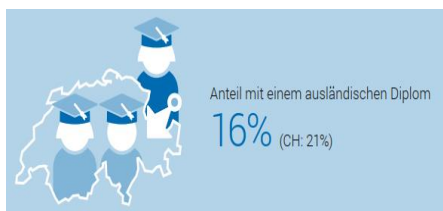
4.5.2 Bestand / Bedarf ganze Schweiz



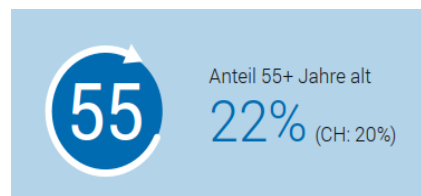
Quelle: BAG, 2021

4.5.2 Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal Aargau

Ausländische Abschlüsse



Anteil 55+ Kanton Aargau



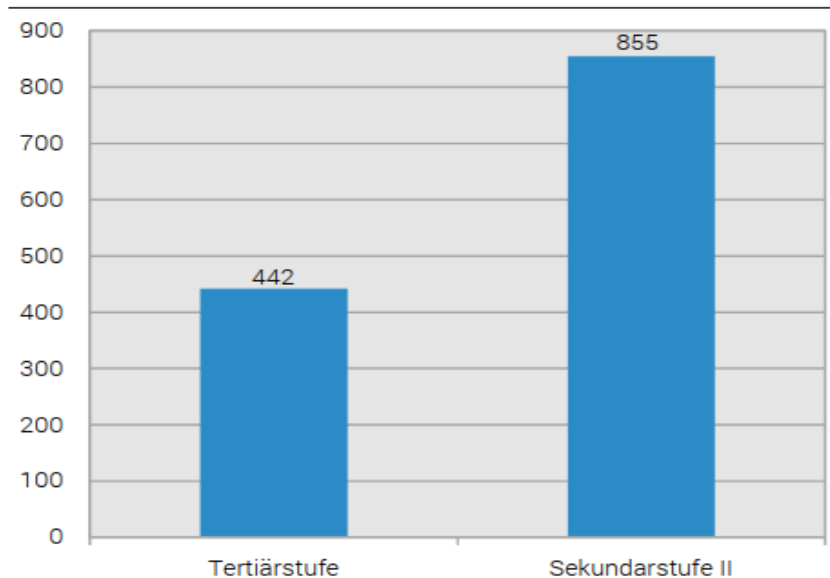
Prognosen zum **Bedarf bis 2029**



Der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal dürfte um 28 % ansteigen.

4.5.2 Erforderliches Ausbildungsziel Kanton Aargau

- > Jährliches Ausbildungsziel in der Pflege und Betreuung um den erwarteten Nachwuchsbedarf zu 100 % zu decken.



Quelle: Prognosemodell Obsan

© Obsan 2022

4.5.3 Fachkräfte in der GGpl (Strategien 19 und 20)

Der Fachkräftemangel betrifft verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Die knappe personelle Situation der Pflegefachkräfte resultiert zum einen aus der **Zunahme von Leistungen** und zum anderen aus der **tiefen Verweildauer** im erlernten Beruf.

Strategien

- > Die Bildungsinfrastruktur ist so ausgestaltet, dass sie für kantonal, aber auch ausserkantonal wohnhafte Personen ein hochwertiges und wettbewerbsfähiges Bildungsangebot sicherstellen kann.
- > Der Kanton unterstützt durch Förderprogramme und Projekte den Verbleib, Wieder- und Quereinstieg in Gesundheitsberufe.
- > Die Ausbildung universitärer Berufe wird über eine Zusammenarbeit mit einer Universität ermöglicht (zum Beispiel Joint Medical Master).

4.5.4 Fachkräfte in der Pflegeinitiative – Aktuelles

- > Die Volksinitiative "Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)" wurde am 28. November 2021 mit 61 % angenommen.
- > Gemäss Beschluss BR vom 12. Januar 2022 erfolgt die Umsetzung in 2 Etappen.
- > Die Vorschläge für eine **Ausbildungsoffensive** gemäss indirektem Gegenvorschlag zur Initiative werden sofort umgesetzt.
- > Die Umsetzung nach **anforderungsgerechten Arbeitsbedingungen** und einer angemessenen Abgeltung benötigen mehr Zeit.
- > Am 25. Mai 2022 hat der BR die Botschaft über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege zuhanden des Parlaments verabschiedet.
- > Die SGK-S hat die Vorlage zur geplanten Ausbildungsoffensive im Pflegebereich (Gesundheitsberufe der Tertiärstufe) ohne Änderungen einstimmig angenommen.
- > Die Vorlage wird in der Herbstsession im Ständerat behandelt.

4.5.4 Pflegeinitiative – Ausbildungsoffensive

- > Die Ausbildungsoffensive besteht aus mehreren Bestimmungen:
 - > Verpflichtung der Kantone, mindestens die Hälfte der ungedeckten **Kosten der praktischen Ausbildung** von Pflegefachpersonen zu finanzieren.
 - > Verpflichtung der Kantone, angehenden Pflegefachpersonen im Bildungsgang Pflege an einer höheren Fachschule (HF) oder im Bachelorstudiengang in Pflege an einer Fachhochschule (FH) **Ausbildungsbeiträge** zur Sicherung ihres Lebensunterhalts zu gewähren.
 - > Bedarfsgerechte Erhöhung der Anzahl **Abschlüsse in der Pflege HF-Steuerung** über finanzielle Beiträge der Kantone.
 - > Die **Bundesbeiträge** betragen maximal 500 Millionen Franken.
 - > Die **Vollzugsverordnung** vom Bund wird Ende Jahr erwartet.

4.5.4 Erste Umsetzung auf kantonaler Ebene erfolgt

Bedarfsplanung

Die Kantone legen den Bedarf an Plätzen für die praktische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann HF und FH fest.

- > Kantonale Erhebung des Bestands und der Entwicklung mit Berechnungen zu Angebot und Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal
- > Kantonale Versorgungsplanung

Kriterien für die Berechnung der Ausbildungskapazitäten von Organisationen

- > Einführung der Ausbildungsverpflichtung (ABV) im Jahr 2012
- > Abgeltung über ein Bonus-Malus System seit 2016

5. Herausforderungen für die Gemeinden und die Regionen

5. Herausforderungen Gemeinden und Regionen

Der **Bedarf an Spitex-Leistungen wird weiter ansteigen** – dies insbesondere aufgrund

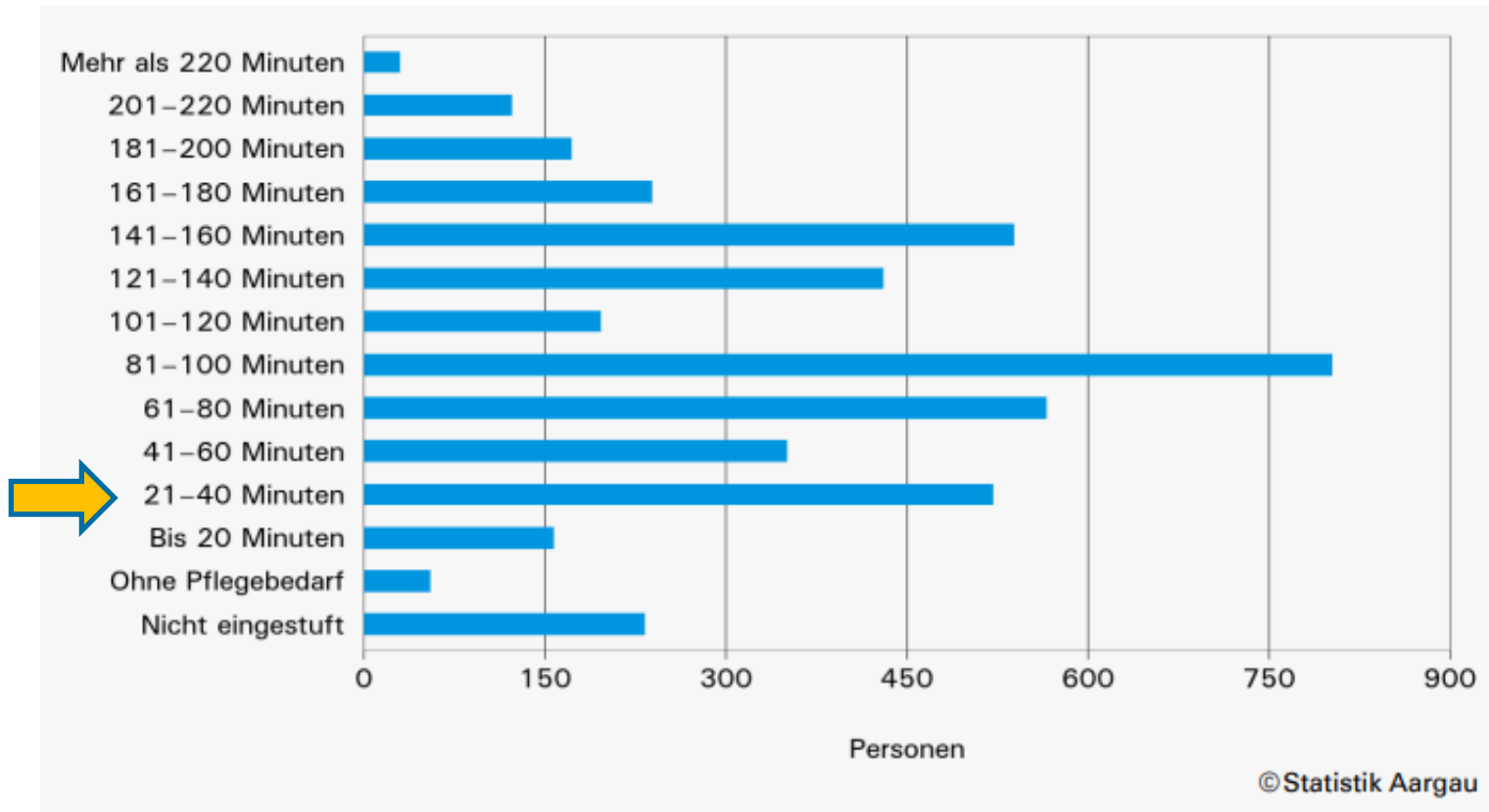
- > der demographische Entwicklung (alternde Bevölkerung / Multimorbiditäten),
- > Zunahme chronisch kranker Menschen,
- > dem Wunsch, im Alter so lange wie möglich zu Hause leben,
- > des Trends der Ambulantisierung (entspricht auch kantonaler Strategie),
- > frühere Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Spital (führt zu komplexeren Pflegesituationen),
- > der familiären Strukturen.

5. Herausforderungen Gemeinden und Regionen

Dazu kommt:

- > Die Anspruchshaltung der Klienten, dass die Pflegeleistungen in allen Gemeinden in gleicher Qualität zur Verfügung stehen,
- > Sicherstellung der Versorgung in der Langzeit- und Spitexversorgung trotz Fachkräftemangel,
- > Zunehmendes Erfordernis der Koordination und Regionalisierung von ambulantem und stationärem Versorgungsbedarf,
- > Hausärztemangel,
- > Informationsbedarf der Bevölkerung (direkt Betroffene oder Angehörige),
- > Kostendruck - Zielkonflikt ambulant / stationär

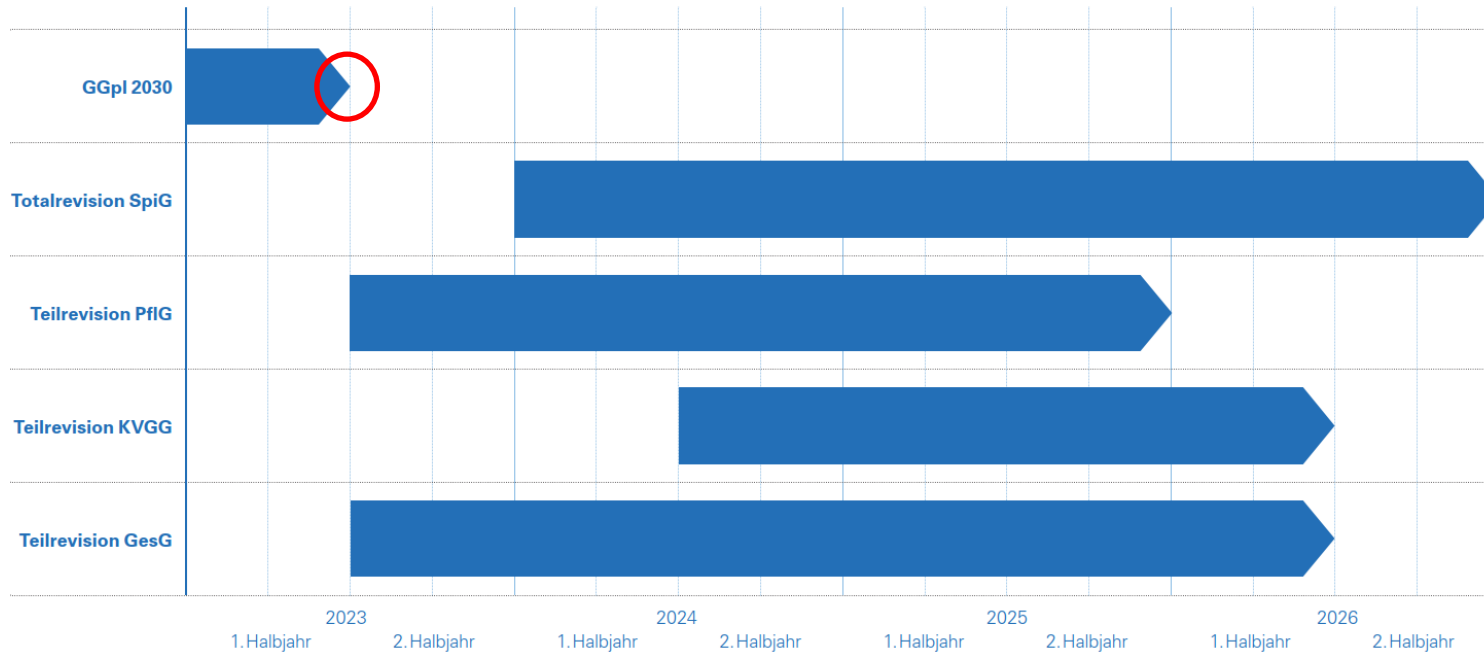
5. Pflegebedarf bei Eintritt in ein Pflegeheim



6. Ausblick

6. Ausblick

- > Anhörung vom 25. August 2022 bis 24. November 2022
- > Genehmigung durch den Grossen Rat im Sommer 2023 



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!